



Participante: _____



Nombre _____ Inicial ___ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Femenino () Masculino ()

Dirección postal: _____

Escuela de procedencia: _____

Nombre del padre _____ Email _____

Tel. Trab. _____ Cel. _____

Nombre de la madre _____ Email _____

Tel. Trab. _____ Cel. _____

Persona encargada _____ Email _____

Tel. Trab. _____ Cel. _____

En caso de emergencia llamar a: (Además de los padres o persona encargada)

1. _____ Parentesco _____

Tel. Trab. _____ Cel. _____

2. _____ Parentesco _____

Tel. Trab. _____ Cel. _____

Personas autorizadas a recoger al niño(a): (Favor proveer copia de ID con foto a color)

() Padre está autorizado-ID _____ () Madre está autorizada-ID _____

1. _____ Parentesco _____ ID _____

2. _____ Parentesco _____ ID _____

3. _____ Parentesco _____ ID _____

Persona NO autorizada a recoger al niño(a), si aplica: (Favor proveer evidencia justificada)

1. _____ Parentesco: _____

Historial de salud:

Nombre del Médico de Familia _____

Teléfono _____

Plan Médico (Favor proveer copia del mismo) _____

Marque con una **X** la condición médica (si alguna):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Tinnitus _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____ |
| <input type="checkbox"/> Resfriados _____ | <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Paperas _____ |
| <input type="checkbox"/> Mareos _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> Sinusitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis _____ | <input type="checkbox"/> Desbalance _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebres _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia _____ | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia _____ |
| <input type="checkbox"/> Pulmonía _____ | <input type="checkbox"/> Oído _____ | |

Otras condiciones o alergias: _____

¿El niño(a) consume medicamentos de uso prolongado? Explique.

De surgir una lesión menor que no requiera atención médica se autoriza al personal del *Inter Aguadilla Summer Camp* a ofrecer primeros auxilios y de ser necesario se traslade al hospital más cercano.

Autorización

Yo, _____ autorizo a mi hijo(a) _____
Padre, Madre o Encargado Nombre del niño(a)

a participar de las actividades programadas por el campamento de verano *Inter Aguadilla Summer Camp*.

Firma del padre, madre o encargado

Fecha

Autorización y Relevo de Responsabilidad para Campaña Publicitaria y/o Publicación

Estimados padres y/o encargados:

Con el fin de compartir y hacer partícipes a los miembros del *Inter Aguadilla Summer Camp* de las distintas actividades que se desarrollan, se hace necesario contar con material audiovisual de nuestros participantes durante la realización de dichas actividades.

Y dado que el derecho a la propia imagen, la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Inc., y el Programa de Educación Continua, les solicita la correspondiente autorización para poder utilizar la imagen de su hijo o hija en fotos y/o vídeos educativos, a difundir públicamente en las páginas de la Institución, gestionadas por *Inter Aguadilla Summer Camp* o en otra web, que *Inter Aguadilla Summer Camp* organice con finalidad exclusivamente educativa y no comercial, en las que el participante esté desarrollando actividades propias, lectivas y/o complementarias.

AUTORIZO **NO AUTORIZO**

A la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Inc., una corporación sin fines de lucro, a tomar y utilizar el retrato y/o imagen en vídeo de mi hijo (a) para ser utilizado en la campaña publicitaria de la Institución. Asimismo, relevo a la Universidad Interamericana, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad por el uso de las imágenes en cualquier campaña publicitaria y/o publicación que realice la Institución. Comprendo que la participación y autorización es voluntaria y no compulsoria. Además, que no se recibirá compensación monetaria por la participación o no participación.

Entiendo, que el no autorizar dicha participación no afectara los servicios recibidos.

Firma del padre, madre o encargado

Fecha